

Capítulo 21

Terapia de juego con sobrevivientes de trauma interpersonal: superar el abuso y el crimen

Charles Edwin Myers

Nuestro mundo está lleno de cosas maravillosas, como la risa de los niños y las puestas del sol, al mismo tiempo está lleno de cosas horribles como el abuso infantil y otros crímenes en contra de los niños. Es de esperarse que la infancia sea una época de diversión, felicidad y juego. Sin embargo, para muchos, la infancia es una época de temor, horror y dolor. Una gran cantidad de experiencias traumáticas afectan negativamente a los niños, como desastres naturales, actos de violencia masiva, abuso y negligencia, y violencia doméstica. Aunque los desastres naturales como el huracán Katarina y el terremoto de 2010 en Haití son traumatizantes para los niños, el más duro es el trauma interpersonal, sobre todo el abuso y la negligencia, la violencia doméstica y los actos de violencia masiva, como los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2011, y el tiroteo en una escuela de Newtown, Connecticut, en 2013. Para los fines de este capítulo, el **trauma interpersonal** se define como cualquier evento traumático que experimenta un niño a causa de otra persona.

En este capítulo, primero, se definen las características del trauma interpersonal, como el abuso y los crímenes, y se muestra por qué la terapia de juego es un enfoque adecuado para trabajar con niños sobrevivientes de trauma interpersonal. Segundo, se revisan los enfoques de la terapia de juego con eficacia demostrada para aliviar los síntomas de estos niños. Tercero, se describen las modificaciones al procedimiento para cubrir las necesidades de estos niños. Cuarto, se exploran las técnicas y estrategias específicas conocidas para facilitar el crecimiento y curación de los niños sobrevivientes de trauma interpersonal. Por último, se comenta la investigación y las evidencias que apoyan el empleo de la terapia de juego en el tratamiento del trauma interpersonal.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

El trauma interpersonal es una epidemia silenciosa que afecta a muchos niños (Kaffman, 2009). En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*, la *American Psychiatric Association (APA)* describió el estrés postraumático como producto de la exposición a una amenaza real o potencial de muerte, daño grave o violencia sexual. Los niños pueden desarrollar estrés postraumático al experimentar o presenciar un trauma, enterarse de un trauma sufrido por su familia o amigos, o estar expuesto de manera repetida o extrema a detalles aversivos de un trauma (APA, 2013). En el caso del trauma interpersonal, la experiencia directa incluye el abuso físico o sexual del niño, secuestro, ser tomado como rehén, tortura, desastres causados por el ser humano y accidentes graves en medios de transporte motorizados. Presenciar incluye una amenaza de lesión o una lesión real, muerte por causas no naturales, abuso físico o sexual, ataques violentos, violencia doméstica, accidentes y traumas que les ocurren a otros, sobre todo al cuidador primario. Enterarse de un evento traumático o accidente que le ocurrió a un amigo cercano o un miembro de la familia incluye oír acerca de un ataque personal violento, suicidio, un accidente o lesión grave. La exposición repetida o extrema a detalles negativos incluye oír una historia o ver el evento traumático muchas veces en televisión o internet. Los efectos de los eventos traumáticos interpersonales e intencionales son especialmente graves o de consecuencias perdurables (APA, 2013, pp. 273-274).

Características y necesidades especiales

Los niños son seres relacionales. Aprenden acerca de sí mismos y del mundo a través de las relaciones interpersonales con personas cercanas en sus vidas. Los niños más pequeños desean tener relaciones cercanas con los adultos, sobre todo con sus padres y maestros. En la infancia media, los niños empiezan a desarrollar **hambre social**, es decir, el deseo de establecer relaciones importantes con sus pares, el cual aumenta a lo largo de la adolescencia. Uno de los aspectos más graves del trauma interpersonal es el daño que puede hacer al deseo de niños y adolescentes de formar y mantener tales relaciones. Además, el trauma interpersonal tiene un impacto generalizado y duradero en el desarrollo neurológico de los niños, porque sus cerebros están en el proceso de desarrollo (van der Kolk, 2005). Este efecto del trauma interpersonal puede ocasionar una disfunción cerebral duradera que afecta la salud y la calidad de vida de los niños durante todo el ciclo vital (Anda et al., 2006). Los avances recientes de las neurociencias aportan nueva información sobre los efectos del trauma y apoyan mucho de lo que el terapeuta de juego ha señalado de manera anecdótica.

El trauma interpersonal es una forma de daño psicológico que implica el rompimiento de la confianza debido a la muerte, el abandono, el abuso y la negligencia, o la violencia

doméstica (Findling, Bratton y Henson, 2006). La respuesta del trauma interpersonal es una reacción individual del niño a un evento inesperado en una relación que se experimenta de manera íntima o forzada (Everstine y Everstine, 2006). Este trauma supera los recursos internos del niño (Briere y Scott, 2006), da por resultado sentimientos internalizados de desamparo y vulnerabilidad y pérdida de seguridad y control (James, 1989). El trauma relacional con frecuencia implica al cuidador primario (Dayton, 2000).

Los niños que experimentan el trauma relacional se sienten aislados y con una amplia gama de sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas que los confunden y aterran (Gil, 2010). En respuesta al trauma, los niños experimentan con frecuencia una sensación de traición como resultado de que una persona que aman sea la fuente de su dolor o no los proteja de éste (Shaw, 2010). El trauma interpersonal tiene efectos profundos en el desarrollo actual y futuro de los niños, por lo que produce problemas que pueden durar toda la vida.

Efectos del trauma interpersonal

La exposición al trauma infantil es muy común (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola y van der Kol, 2012; Kisiel et al., 2014). Los efectos del trauma interpersonal son generalizados y profundos. Los niños pequeños son especialmente vulnerables a los eventos traumáticos (Shaw, 2010), porque carecen de la capacidad cognitiva para procesar las experiencias intrusivas y angustiosas (Dass-Brailsford, 2007). Además, la infancia es una época de gran desarrollo en todas las áreas (es decir, conductual, cognitiva, emocional, psicológica, física y social). El trauma afecta a los niños de manera global, los eventos traumáticos pueden interrumpir su desarrollo (van der Kolk, 2005). Esta interrupción puede tener efectos devastadores cuando el trauma ocurre en un periodo sensible, en el que cuerpo y mente están programados para crecer de manera intensa (Berk, 2009). Cuando los niños experimentan trauma en un periodo sensible del desarrollo, sus oportunidades de alcanzar un desarrollo óptimo se reducen; en casos más graves, los niños nunca alcanzan todo su potencial.

El trauma interpersonal provoca una falta de regulación del afecto y la conducta, alteraciones de la atención y la consciencia, distorsión en las atribuciones, y dificultades interpersonales (D'Andrea et al., 2012). Del mismo modo, Kisiel y colaboradores (2014) encontraron que niños que habían experimentado trauma interpersonal presentaban niveles significativamente más altos de problemas afectivos/psicológicos, de atención/conductuales y de autorregulación. Además, Edelson (1999) encontró que niños que han presenciado violencia doméstica tenían mayores dificultades en el funcionamiento conductual y emocional, en las funciones cognitivas y las actitudes y en su desarrollo a largo plazo.

Los niños con trauma interpersonal experimentan enojo, ansiedad, traición, depresión, temor, culpa y desamparo, y se sienten abrumados y avergonzados (Damon, Todd y McFarlane, 1987; Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Kaufman y Wohl, 1992; Lisak, 1994;

McMahon, 1992; Namka, 1995; Ruma, 1993). Además, estos niños luchan contra la hostilidad, inseguridad, relaciones interpersonales, autoestima, autoimagen, sexualidad, aislamiento social, confianza y retraimiento (Brier y Scott, 2006; Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Hall-Marley y Damon, 1993; Lisak, 1994; Martin y Beezley, 1977; Middle y Kennerly, 2001). Debido a esta sensación de traición y pérdida de la confianza, los niños que viven un trauma interpersonal con frecuencia tienen dificultades en situaciones de separación y abandono (Cattanach, 1992; Damon et al., 1987), experimentan confusión y pérdida, y suelen encontrarse en un estado de hipervigilancia (Cattanach, 1992; Martin y Beezley, 1997; White y Allers, 1994). Además, el trauma interpersonal afecta de manera negativa el desempeño escolar ocasionando problemas cognitivos y conductuales. Los alumnos experimentan dificultades cognitivas, como problemas de atención, concentración y funcionamiento. También experimentan dificultades conductuales, como en la solución de problemas y la resolución de conflictos, actitudes negativas y no colaboradoras, negativismo y resistencia, y fugas (Edelson, 1999; Finkelhor, 1986; Hall, 1997; Ko et al., 2008; Martin y Beezley, 1977).

Abuso infantil y violencia doméstica

Los niños representan en el juego sus experiencias personales de abuso y violencia doméstica cuando se sienten seguros en una relación terapéutica. María, una niña de 6 años de edad, latina, jugaba con una casa de muñecas en la oficina de su consejero escolar y ponía la niña pequeña en el dormitorio haciendo un clic audible que simulaba ser el sonido de la cerradura de la puerta (Myers, 2007). Tomaba dos muñecos de adultos, uno femenino y otro masculino, y los ponía frente a la puerta del dormitorio. Entonces, la mamá le daba una bofetada al papá y le gritaba “¡Nunca más toques a mi hija!” André, un niño de 4 años de edad, afroamericano, hablaba con una voz chillona debido a problemas en sus cuerdas vocales. Este problema se desarrolló como consecuencia de haber llorado toda la noche cuando sus padres lo abandonaron una noche para satisfacer su drogadicción. André alimentaba al muñeco del bebé con el amor y la ternura que él no había experimentado, pero deseaba. Terminaba cada sesión volcando la casa de muñecas estrepitosamente, símbolo de su experiencia en familia. Estas historias son ejemplos del tipo de trauma relacionado con abuso y negligencia que muchos niños sufren y representan en su juego.

La ley de prevención y tratamiento del abuso infantil (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA, 2010) definió el abuso infantil y la negligencia como:

Cualquier acto reciente u omisión para actuar de parte de un padre o cuidador que resulta en la muerte, daño físico o emocional grave, abuso o explotación sexual, o un acto u omisión para actuar que ocasiona un riesgo inminente de daño grave. (p. 6)

El abuso infantil es un problema social generalizado (Kaffman, 2009). Afecta a millones de niños cada año (Children’s Bureau, 2013). En 2012 se reportó que más de 3.8 millones de niños estadounidenses sufrieron al menos un abuso (Children’s Bureau,

2013), y en 2013, hubo 681 000 reportes confirmados de niños que sufrieron abuso o negligencia, mientras que 3.3 millones de niños recibieron servicios de protección (Children's Bureau, 2014). Estos niños experimentaron negligencia (78.5%), abuso físico (17.6%), abuso sexual (9.1%), maltrato psicológico (9.0%), negligencia médica (2.2%) y otros tipos de situaciones no especificadas (10.6%). El abuso infantil ocurre sin importar cuestiones de género ni raza. Los datos demográficos informados reflejan la población nacional con un desglose de género de 51% de niñas y 49% de niños, y racial de 44% de blancos, 21.8% de latinos y 21% de afroamericanos.

Finkelhor, Turner, Shattuck y Hamby (2013) realizaron un estudio nacional de 4 503 niños menores de 18 años de edad. Encontraron que 54.5% había sufrido ataques físicos; 9.5%, victimización sexual; 25.6%, maltrato; 40.2%, daños a sus pertenencias; y 39.2%, victimización indirecta. Al menos 48.4% de los participantes informaron más de un tipo de victimización (polivictimización) en el último año. Finkelhor y colaboradores (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007; Finkelhor, Ormrod, Turner y Hamby, 2005, 2009; Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010) encontraron resultados similares en una serie de estudios sobre abuso infantil. Aunque estos números son alarmantes, muchos casos de abuso infantil nunca llegan a las autoridades; por ejemplo, los investigadores estiman que sólo 10% de abuso sexual infantil se denuncia alguna vez (Besharov, 1994; Ledesma, 2011; London, Bruck, Ceci y Shuman, 2005; Paine y Hansen, 2002; Shaw, 2010).

El *National Institute of Justice* [Instituto Nacional de Justicia] (NIJ, 2003) descubrió resultados similares en su estudio sobre victimización juvenil (es decir, ataque sexual, ataque físico, castigo físico abusivo y presenciar un acto de violencia) cuando entrevistó a 4 023 adolescentes de EUA. Los participantes informaron haber sufrido ataques sexuales (8.1%), ataques físicos (17.4%) y castigo físico abusivo (9.4%) y presenciado violencia (39.4%) (NIJ, 2003, p. 4). Por desgracia, la frecuencia del abuso infantil probablemente es mayor. Los participantes revelaron que 86% de los ataques sexuales y 65% de los ataques físicos nunca fueron denunciados ante las autoridades (NIJ, 2003, p. 2).

Otros datos estadísticos importantes se relacionan con los perpetradores del abuso infantil y negligencia, que no pertenecen a algún grupo demográfico específico. En todos los grupos étnicos, razas, niveles socioeconómicos se pueden encontrar (Douglas y Finkelhor, 2005; Finkelhor et al., 2005; NIJ, 2003), lo cual pone en riesgo a todos los niños. El Children's Bureau (2013) analizó a los perpetradores de los 50 estados que conforman EUA y refutó la imagen estereotipada del abusador como un extraño. De 512 040 perpetradores, 80.3% casos de abuso y negligencia fueron los propios cuidadores; de ellos, 88.5% correspondía a los padres biológicos. Además, 53.5% de los perpetradores fueron mujeres, 45.3% hombres y 1.1% no se identificó. Estos hechos crean una desconexión en muchos niños; la persona que es su fuente de amor también es fuente de dolor, lo que da por resultado una de las peores formas de trauma interpersonal.

La violencia doméstica fue un secreto callado de muchas familias por décadas; la gente no quería reconocer que ésta ocurría, y menos en su familia (Myers, 2008). Si la violencia doméstica ocurría en una familia, la actitud solía ser “lo que pasa en casa, se

quedada en casa” (Carlson, 1984). Desde la década de 1970, los estadounidenses están más dispuestos a reconocer la existencia de esta violencia y son más abiertos para hablar sobre la manera en que afecta a la sociedad e impacta en los niños (Kot, Landreth y Giordano, 1998). La mayor consciencia y reconocimiento de la violencia doméstica ha llevado a que haya más denuncias; por ejemplo, más de 25% de parejas informaron al menos una agresión física en sus casas (Straus y Gelles, 1990). La violencia doméstica, al igual que el abuso infantil y la negligencia, se presenta en todas las clases sociales, niveles educativos y grupos socioeconómicos (Lloyd, 1990). Sus efectos en los niños son invasivos y generalizados, lo cual produce hogares caóticos (Tyndall-Lind, Landreth y Giordano, 2001) y pone en peligro el bienestar físico y emocional en ellos, así como su seguridad y desarrollo.

Por qué el juego es adecuado

El juego es un elemento importante y vital de la infancia. Su presencia en esta etapa del desarrollo es evidente en todas las culturas del mundo, sin importar región geográfica, raza o estatus socioeconómico. El juego ocurre incluso en las circunstancias más insólitas, como los campos de concentración durante el Holocausto (Glazer, 1999) o después del devastador terremoto de Haití (Myers, 2011). El juego sirve a muchos propósitos, como el desarrollo saludable o la curación de los niños.

Papel del juego en la infancia y el desarrollo

En el siglo XVIII, Rousseau postuló que el juego es esencial para el desarrollo saludable de los niños (Bratton, Ray, Rhine y Jones, 2005). Mucho después, ya en el siglo XX, el Comité de las Naciones Unidas para los Derechos de los Niños (United Nations, 1990) proclamó que el juego es un derecho universal e inalienable de la infancia e hizo hincapié en su importancia en el desarrollo y la integridad de los niños. Además, de acuerdo con la *American Association of Pediatrics*, los niños aprenden a interactuar con el mundo a través del juego (Ginsburg, Committee on Communication, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2007). Landreth (2012) describió el juego como una actividad central en la infancia, en la que los niños aprenden sobre sí mismos, los demás y el mundo que los rodea. Aprenden a respetarse, a controlar sus sentimientos con responsabilidad y a ser creativos al enfrentar problemas. Los niños pueden imaginar nuevas maneras de ser por medio del juego, explorar su identidad en relación con los demás (Cattanach, 1992) y aprender y practicar nuevas habilidades en ambientes seguros y de apoyo (Boucher, 1999).

Los teóricos del desarrollo infantil, educadores y especialistas en salud mental reconocen la importancia del juego en la infancia (Baggerly y Landreth, 2001). El juego tiene una asociación directa con el desarrollo cognitivo, afectivo y social del niño (d’Heurle, 1979) y constituye una estrategia de aprendizaje adecuada para esta etapa del

desarrollo (Bredekamp, 1987; Erikson, 1963; Montessori, 1964; Piaget, 1952).

El juego y la actividad son medios naturales de comunicación para los niños (Axline, 1947/1969); Ginott, 1959; Landreth, 2012) y son los modos primarios del niño pequeño para expresar sus emociones (Hall, 1997). A través del juego, los niños comunican lo que no pueden decir con palabras. Usan juguetes para expresar emociones relacionadas con sus autopercepciones, los demás y los eventos significativos que experimentan (Ater, 2001). Los niños de 2 a 6 años de edad se encuentran en la etapa preoperacional de Piaget (1952) y los de 7 a 12, en la de las operaciones concretas. En estas etapas, los niños utilizan expresiones concretas y simbólicas para comunicar sus experiencias internas o sentimientos, y sus pensamientos. De acuerdo con Piaget (1962), el juego ofrece un puente entre las expresiones concretas y sus experiencias abstractas.

Propiedades curativas del juego

El juego es el proceso más natural y curativo en la infancia. Constituye un medio para que los niños representen sus sentimientos, pensamientos y experiencias, del mismo modo que el lenguaje verbal es el medio con el que los adultos expresan sus dificultades (Mader, 2000). Erikson (1963) pensaba que los niños tienen la capacidad recrearse y autocurarse jugando. El juego puede ser un modo de especial valor para comunicar y procesar las experiencias de trauma interpersonal en la infancia, porque presenta un modo seguro de expresar los sentimientos y fantasías más profundos (Mann y McDermott, 1983). El poder del juego en la curación y el crecimiento de los niños, así como su valor terapéutico ha quedado bien asentado (Caplan y Caplan, 1974). El juego ofrece un conducto natural en un ambiente seguro y de apoyo para la naturaleza curativa del juego para los niños que tienen una historia de trauma interpersonal.

Efectos del trauma interpersonal

Los niños con historia de trauma interpersonal con frecuencia sienten una gran pérdida de confianza y traición. Éstas ocurren cuando un vínculo con un cuidador se rompe, sobre todo debido al abuso infantil o la violencia doméstica, el niño pierde confianza en la capacidad de los cuidadores para protegerlo y mantenerlo seguro. Los actos de violencia masiva también pueden afectar la confianza en los cuidadores; por ejemplo, muchos niños fueron asesinados o heridos por una bomba que detonó en un edificio federal de la ciudad de Oklahoma, donde se encontraba una estancia infantil, y en 2012 por el tiroteo en una escuela de Newtown, Connecticut; asimismo, muchos niños perdieron a sus cuidadores en los ataques terroristas del 11 de septiembre.

Conductas postraumáticas en el juego

El terapeuta de juego que trabaja con niños que han experimentado un trauma interpersonal debe conocer las características de las conductas postraumáticas en el juego, los enfoques terapéuticos eficaces y las investigaciones relacionadas con los

tratamientos para esta población. En 1976, tres hombres secuestraron un autobús escolar en Chowchilla, California. Raptaron a 26 niños de 5 a 14 años de edad junto con el conductor del autobús, y se los llevaron en dos camionetas con vidrios polarizados hasta muy entrada la noche. Entonces, los secuestradores forzaron a los niños y al conductor a bajar por un hoyo en la tierra que conducía hasta una camioneta enterrada; ahí dejaron a los rehenes durante 16 horas hasta que lograron escapar. Los niños recuerdan cuán asustados estaban pensando que los hombres los matarían, el reducido espacio en que estuvieron horas sin ventilación y con una temperatura que alcanzó los 43 grados centígrados (Terr, 1981, 1983).

En su trabajo con los niños del secuestro de Chowchilla, Terr (1983) observó que los niños presentaban conductas postraumáticas específicas en su juego. Estas conductas fueron clasificadas en cuatro categorías: 1) pensamientos intensos y repetitivos del trauma, 2) repetían la escena del trauma, 3) miedo a cosas muy relacionadas con el evento traumático, y 4) una pérdida de la noción de futuro (Terr, 2003, p. 234). Otros expertos en trauma infantil (Gil, 1991, 2006, 2010; James, 1989, 1994) han notado juegos similares en sus clientes y sujetos. Findlig y colaboradores (2006), en una revisión de la literatura profesional sobre trauma e infancia, identificaron y definieron cinco conductas postraumáticas en el juego: 1) juego intenso, 2) juego repetitivo, 3) alteraciones del juego, 4) juego evitativo y 5) afecto negativo.

El juego intenso tiene una cualidad compulsiva, irrefrenable. Después del trauma, los niños pueden estar tan absortos en su juego que silencia el mundo a su alrededor. El terapeuta de juego, a veces, siente como si el niño olvidara que está también él en el cuarto. En su terapia, Jana, una niña de 7 años de edad, afroamericana, que sobrevivió al huracán Katrina y fue reubicada en Texas, mostró dos ejemplos de juego intenso. Uno ocurrió cuando estaba en el caballete e hizo un dibujo que casi por completo era de color azul agua, a excepción de un pequeño cielo en la parte superior y una pequeña figura en medio del agua y pedía auxilio. El otro ejemplo ocurrió en el arenero cuando la niña enterró muñecas, animales y otros objetos (que representaban las cosas perdidas en las inundaciones). Hizo estas dos cosas en un silencio focalizado.

El juego repetitivo se refiere a un juego específico o a un tema que el niño se siente impulsado a jugar exactamente del mismo modo en cada ocasión. Este juego ocurre en sesiones individuales o a lo largo de varias. En su juego, Karina, una niña latina de 6 años de edad, se dirigía al arenero, tomaba una caldera de juguete y ponía un poco de arena en ella. Repetía esta conducta en su juego algunas veces cada sesión y así fue durante varias semanas. Se trataba de un intento de comprender y aceptar lo que había sucedido en un trágico accidente cuando su primo de 3 años de edad se metió en un balde de agua donde ella había puesto algo brillante y se ahogó. Aunque el juego repetitivo puede ser reparador al permitir al niño darle sentido a una experiencia y dominar su resultado (Terr, 2003), también puede ser retraumatizante cuando el niño se queda atascado en él. El terapeuta de juego tiene que ser sensible a la manera en que el juego repetitivo afecta al niño y, tal vez, intervenir con un enfoque más directivo de solución de problemas (Gil, 2006, 2011a).

Las alteraciones del juego son una forma de disociación durante la cual el niño traumatizado de repente cambia su juego para protegerse de las emociones y pensamientos representados en su juego que se vuelven demasiado intensas para él. John era un niño europeo-americano de 8 años de edad cuya madre lo había abandonado al cuidado de su madre actual. Cada vez que las ideas sobre la familia y su madre surgían en la terapia, él cambiaba su juego a algo menos amenazante.

El juego evitativo es la desconexión o evitación del niño en relación con la terapia. Los niños y la terapia de juego son relacionales; sin embargo, cuando ellos experimentan un trauma, sobre todo uno interpersonal, con frecuencia se vuelven desconfiados de los demás, los evitan y se desconectan. Lupita, una niña latina de 6 años de edad, presencié la violación y asesinato de su madre. En las primeras sesiones, Lupita entraba en el cuarto de juego y se quedaba junto a la puerta mirando el piso con sus puños cerrados. A través de la reflexión delicada y el rastreo, con el tiempo empezó a sentirse segura lo suficiente para jugar y hablar con el terapeuta.

El afecto negativo es la representación física de las emociones del niño, sean planas o incongruentes con su juego. Por ejemplo, después de los ataques terroristas del 11 de septiembre, los niños construían torres con bloques y luego los derribaban con aviones de juguete. Su afecto era por completo plano, sin mostrar emociones al representar lo que debía ser un evento aterrador.

La investigación aporta un sustento sólido al hecho de que los niños con trauma interpersonal juegan de un modo diferente al de otros niños. Findling y colaboradores (2006) compararon dos grupos de tratamiento de niños que recibían terapia de juego, uno de ellos con historia de trauma interpersonal y el otro con otro tipo de problemas. Los investigadores definieron el trauma interpersonal como el trauma que implica una pérdida de confianza en un cuidador importante debido al abandono o el abuso. Myers, Bratton, Findling y Hagen (2011) continuaron el estudio añadiendo un grupo con un desarrollo normal sin historia conocida de trauma interpersonal y que también recibían sesiones de terapia de juego. Los investigadores de estos dos estudios utilizaron el *Trauma Play Scale* [Escala de juego traumático] (TPS; Findling et al., 2006). El TPS es una evaluación observacional de las cinco conductas postraumáticas en el juego ya descritas. Evalúa estas conductas en incrementos de 5 minutos a lo largo de ocho sesiones consecutivas, sin contar la sesión inicial. Empleando medidas repetidas, Findling et al. (2006) encontraron significancia clínica en la puntuación promedio del TPS en todas las conductas postraumáticas, a excepción del juego repetitivo, así como significancia estadística entre dos grupos clínicos en cuanto al promedio de TPS después de haber omitido el juego repetitivo. Los investigadores excluyeron el juego repetitivo, porque los jueces ignoraban la historia de los niños y esto inhibió su capacidad para determinar la literalidad del juego y si éste era postraumático, de dominio de habilidades o de autoconocimiento. Myers et al. (2011) encontró tamaños grandes del efecto y significancia estadística entre los niños con trauma interpersonal y niños con un desarrollo normal tomando el promedio del TPS y en las cinco conductas postraumáticas. En la tabla 21-1 se presenta la significancia estadística de cada estudio.

Tabla 21-1. Resumen de ANOVAs de los resultados de los estudios piloto y actual

	Findling et al., 2006		Myers et al., 2011	
	Trauma vs. No trauma ^a		Trauma vs. desarrollo normal ^b	
	η_p^2	$\alpha=.05$	η_p^2	$\alpha=.025$
Promedio de TPS	.28	p = 0.80	.74	p < .001
Promedio de TPS, omitiendo el juego repetitivo	.41	p = 0.25	.77	p < .001
Juego intenso	.31	p = .062	.86	p < .001
Juego repetitivo	.00	p = .836	.40	p = 0.20
Alteraciones del juego	.20	p = .148	.56	p = .003
Juego evitativo	.26	p = .094	.57	p = .003
Afecto negativo	.26	p = .094	.65	p = .001

^a Niños enviados a atención clínica con historia de trauma (n = 6) vs. niños enviados a atención clínica sin historia conocida de trauma interpersonal (n = 6).

^b Niños enviados a atención clínica con historia de trauma (n = 6) vs. niños con desarrollo normal sin historia conocida de trauma interpersonal (n = 7).

TEORÍAS MÁS APTAS PARA TRABAJAR CON ESTA POBLACIÓN

Al trabajar con niños sobrevivientes de trauma interpersonal es importante emplear enfoques responsivos en términos de desarrollo que cubran sus necesidades particulares. Perry y Szalavitz (2006) propusieron que la recuperación del trauma interpersonal en la infancia requiere reconstruir la confianza en el otro, recobrar la confianza en sí mismo, sentir seguridad otra vez y reconectarse con el amor. Bratton (2004) añade que los niños necesitan liberarse de las emociones y regularlas, adquirir o volver a adquirir el sentido de dominio de las habilidades de afrontamiento y competencia. El mejor modo en que el terapeuta puede cubrir estas necesidades es propiciando experiencias reparadoras en la relación terapéutica (Benedict, 2006; Bratton, 2004). Los cinco enfoques que cubren las necesidades de estos niños de una manera responsiva en términos de desarrollo y con base en la relación son la terapia de juego centrada en el niño (Landreth, 2012), el entrenamiento de la relación padre-hijo (Landreth y Bratton, 2006), la terapia de juego cognitivo-conductual (Cavett y Drewes, 2012), la terapia de juego ecosistémica (O'Connor, 2007) y la terapia de juego integrada focalizada en el trauma (Gil, 2011a).

Terapia de juego centrada en el niño

La terapia de juego centrada en el niño (TJCN) es un enfoque no directivo, basado en el juego que da voz a los niños (Guerney, 1983; Landreth, 2012; Myers, 2008). La TJCN tiene una base sólida de investigaciones (véase la sección Investigación/evidencia más adelante en este capítulo). Axline (1947/1969) fue la pionera de esta terapia trabajando con niños en la década de 1940. En su calidad de alumna de Rogers, Axline aplicó los principios no directivos de éste (Rogers, 1957) de empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional en su trabajo con niños. Muchos otros terapeutas de juego (Guerney, 1983; Landreth, 2012; VanFleet, Sywulak y Sniscak, 2010) han contribuido después al desarrollo de la TJCN.

La TJCN incluye una filosofía hacia las actitudes y conductas para vivir la vida con niños (Landreth, 2012). Esta filosofía implica una profunda y permanente convicción en la capacidad constructiva y de autodirección de los niños (Landreth y Sweeney, 1997). El terapeuta que emplea este modelo aspira a relacionarse con los niños de manera que liberen sus poderes internos directivos, constructivos, de progresión, creativos y autocurativos (Landreth, 2012). En esta relación, el terapeuta crea un ambiente que empodera a los niños para aventurarse en la autoexploración y el autodescubrimiento, lo que resulta en la capacidad de expresar sus experiencias internas y continuar su crecimiento de manera constructiva (Landreth y Sweeney, 1997).

Diversos elementos de la TJCN facilitan el crecimiento y la curación del niño. La naturaleza responsiva en términos de desarrollo de la TJCN cubre las necesidades de los niños y les ofrece oportunidades para crecer, dominar habilidades y curarse (Landreth, 2001; Landreth y Bratton, 1998). La naturaleza simbólica del juego brinda a los niños una manera segura y no amenazante de expresar sus emociones, experiencias y pensamientos (Axline, 1947/1969; Bratton, Ray y Landreth, 2008; Landreth, 2001). La relación terapéutica ofrece un ambiente afectuoso caracterizado por la empatía, autenticidad y la consideración positiva incondicional, lo que permite que los niños avancen hacia una mayor autoaceptación, autoestima y autocomprensión (Axline, 1957/1969; Landreth, 2012).

Entrenamiento de la relación padre-hijo

El entrenamiento de la relación padre-hijo (ERPH; Landreth y Bratton, 2006) es un modelo de terapia filial de 10 semanas desarrollado por Landreth. Guerney (1964), practicante de la terapia centrada en el niño, fue el creador original de la terapia filial; pensaba que muchos problemas infantiles se debían a que los padres carecían del conocimiento y las habilidades necesarias (Landreth y Bratton, 2006). Sin embargo, Guerney también vio en los padres aliados en el proceso terapéutico y agentes potenciales de cambio terapéutico para los niños y trató de entrenarlos en relación con los principios básicos de la TJCN. Al principio, Guerney se reunía con los padres cada semana durante casi un año, pero luego redujo el tratamiento a 5 o 6 meses. Landreth (Landreth y Bratton, 2006) vio la necesidad de un enfoque más dinámico y estructurado que aun ofreciera a los padres las habilidades necesarias, pero en un encuadre temporal que los hiciera sentirse más cómodos para comprometerse.

En la TJCN es central el entrenamiento de los padres en las habilidades básicas de esta modalidad, para que ellos puedan conducir sesiones de juego semanales de 30 minutos con sus hijos (Landreth y Bratton, 2006). Los padres aprenden habilidades de escucha reflexiva, reconocimiento de los sentimientos del niño, constitución de la autoestima, rastreo y establecimiento de límites terapéuticos. El terapeuta recurre a diversos métodos para entrenar a los padres en estas habilidades, como la instrucción en diadas, las demostraciones de las sesiones de juego, juego de roles y supervisión grupal de las sesiones de juego de los padres.

Al trabajar con niños que han vivido abuso o negligencia, es de particular importancia la experiencia compartida de traición, daño, pérdida o rechazo de parte del cuidador. La fortaleza de la TJCN al trabajar con esta población es el poder de restaurar las relaciones saludables entre niños y cuidadores, sea el que le causó daño al niño, o el que (a los ojos de éste) no lo protegió del daño o el que sustituye después de la pérdida del cuidador primario. Después de un evento familiar externo, como el tiroteo en la escuela, la TJCN ofrece a los cuidadores un medio para restaurar el sentido de seguridad de los niños. Al

fortalecer la relación cuidador-niño, el cuidador puede establecer o reforzar un apego saludable y un lugar seguro para el niño. En la TJCN se han tratado muchos casos de niños con trauma interpersonal en refugios para víctimas de violencia doméstica, y de padres no agresores de niños que han sufrido abuso sexual, así como de padres encarcelados (Costas y Landreth, 1999; Harris y Landreth, 1997; Smith y Landreth, 2003).

Terapia de juego cognitivo-conductual y ecosistémica

En contraste con la TJCN, algunos terapeutas ven el valor de usar a veces un enfoque más directivo con el fin de abordar problemas específicos relacionados con el abuso o el trauma que ha sufrido un niño (Bethel, 2007). O'Connor (2007) informó sobre la posibilidad de que los niños sobrevivientes de abuso que reciben un tratamiento con terapia de juego no directiva pueden pasar periodos de 6 meses o más sin que el contenido de su juego o sus verbalizaciones se relacionen con las experiencias traumáticas. Afirma que estos niños pueden sentirse demasiado cómodos en terapia y se adaptan para evitar sus sentimientos y pensamientos relacionados con el trauma en lugar de afrontarlos de una manera activa y alcanzar la recuperación. Ruma (1993) identificó dos ventajas de usar la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) en comparación con los enfoques no directivos. A diferencia de la TJCN, que sostiene la convicción de que los niños abordarán sus experiencias traumáticas debido a que su naturaleza innata aspira a la autorrealización, en la TJCC el terapeuta dirige o estructura las sesiones de juego de modo que se aborde el trauma. En la estructura establecida por el terapeuta, los niños tienen el control del cómo, qué y cuándo abordar el trauma (Ruma, 1993). Además, la TJCC brinda a los niños que aprendieron a no expresar sus sentimientos, sobre todo en familias donde hay abuso y violencia doméstica, un encuadre (p. ej., desensibilización sistemática, manejo de contingencias, modelamiento, ensayo conductual, autoafirmaciones positivas) en el que reaprende a expresar toda la gama de emociones.

La terapia de juego ecosistémica (TJE) es un enfoque integrativo que recurre a las teorías y técnicas existentes e incorpora la teoría del desarrollo cognitivo como un marco de referencia organizador (O'Connor, 1991, 2007). La palabra “**ecosistémica**” se refiere a la importancia de considerar la interacción del niño y todos los sistemas en los que se encuentra inmerso al conceptualizar sus dificultades y diseñar el plan de tratamiento (O'Connor, 2007). O'Connor identificó dos elementos de la TJE que difieren de la mayor parte de las teorías de la terapia de juego: la manera en que la motivación subyacente del niño se comprende y el desarrollo como elemento central. En la TJE, el terapeuta ve la conducta infantil como el mejor intento de cubrir las necesidades básicas y de evitar consecuencias al mismo tiempo. Si comprende la motivación del niño, el terapeuta lo ayuda a aprender a cubrir sus necesidades de manera eficaz. El terapeuta

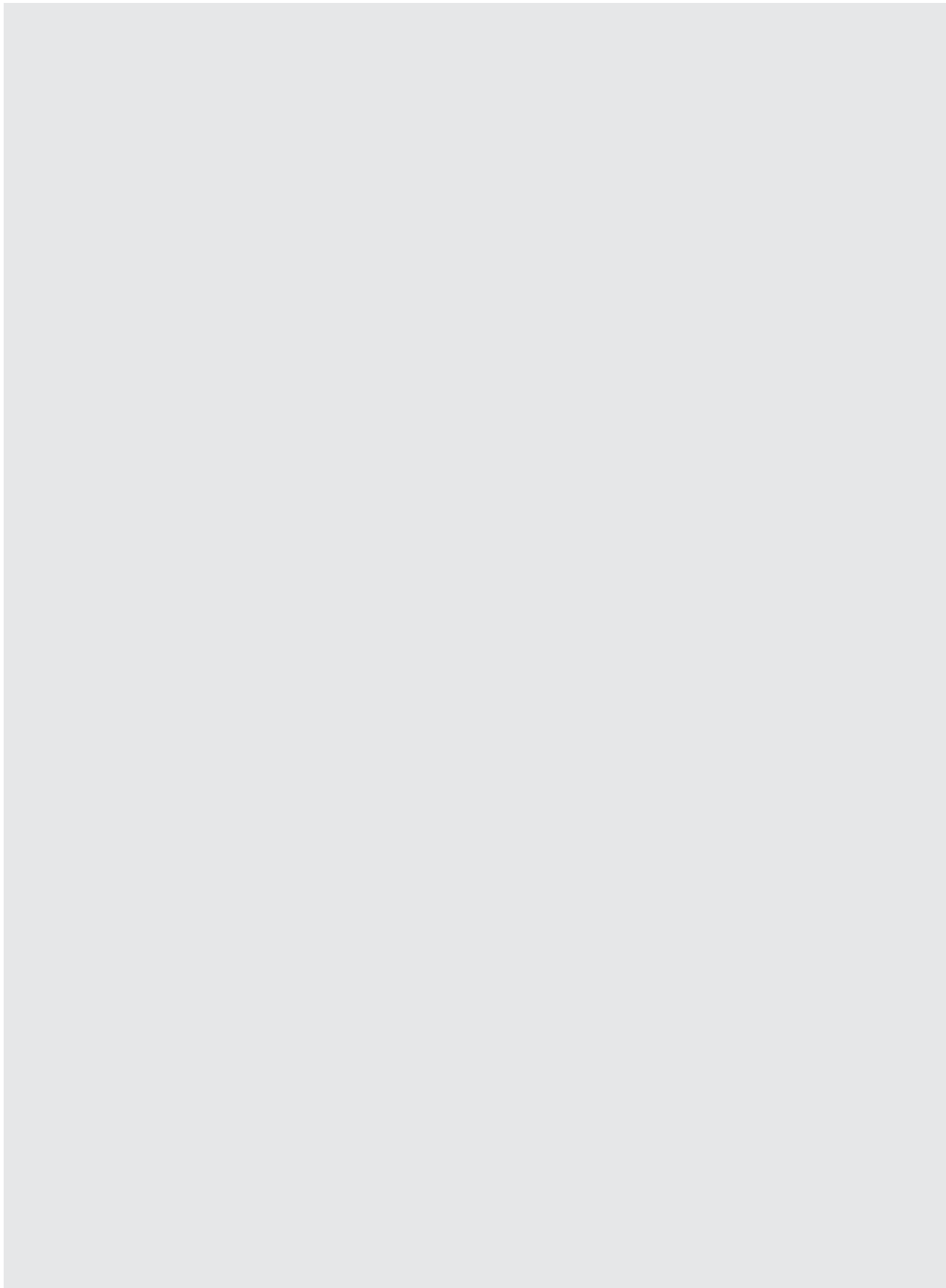
también se enfoca en cualquier retraso en el desarrollo y cómo éste se relaciona con la capacidad del niño para cubrir sus necesidades. La meta general de la TJE es que el niño reanude su funcionamiento adecuado en términos de desarrollo en todos los aspectos de su vida.

O'Connor (2007) identificó dos elementos curativos primarios en la TJE: la relación terapéutica y la capacidad del terapeuta para que el niño asuma la tarea de desarrollar estrategias de solución de problemas. A través de la relación, el terapeuta crea un ambiente seguro en el que ofrece al niño las experiencias y explicaciones necesarias para modificar su comprensión de los eventos traumáticos. También lo hace participar de manera activa en la solución de problemas con el fin de capacitarlo para cubrir sus necesidades de una manera adecuada a su nivel de desarrollo tomando en consideración el grado en que los sistemas en los que está inmerso apoyan u obstaculizan los esfuerzos del niño.

Terapia de juego integrada focalizada en el trauma

Gil (2011a) introdujo un modelo de tratamiento estructurado, integrado, llamado terapia de juego integrada focalizada en el trauma (TF-IPT, por sus siglas en inglés) con base en sus años de trabajo con niños sobrevivientes de experiencias traumáticas. Partiendo de un modelo no directivo, Gil integró las prácticas basadas en evidencias, como la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TF-CBT, por sus siglas en inglés) y el modelo de tratamiento del trauma de tres fases de Herman (1997). Gil (2011b) entretejió las terapias creativas (es decir, la terapia de juego, la terapia artística y la terapia con arenero) y los principios del apego (es decir, comprender la necesidad de realizar un tratamiento en una pugna familiar o social) para formar el programa de la TF-IPT. La TF-IPT ofrece a los niños (de 5 a 17 años de edad) la oportunidad de participar de lleno en su propio tratamiento y trabajo reparador al mismo tiempo que reconoce su necesidad natural de proteger a los miembros de su familia y a otras personas en las que confían al hablar del trauma interpersonal (Gil, 2011a).

La meta primaria de la TF-IPT (Gil, 2011a) es facilitar el manejo de la experiencia traumática. Gil hizo hincapié en la importancia de romper los ciclos de negación y secretos corrigiendo los recuerdos traumáticos para reducir los síntomas, promoviendo las interacciones sociales y previniendo la necesidad de estrategias de afrontamiento no saludables. Gil (2011a, p. 1) identificó las metas del tratamiento de la TF-IPT: a) crear un ambiente de seguridad, confianza y comodidad; b) procesar el material traumático; c) promover las reconexiones sociales; y d) regresar a los niveles de funcionamiento previos al trauma. Gil (2011a, 2011b) trazó el modelo de tres fases de la TF-IPT del siguiente modo: la fase uno se focaliza en el establecimiento de seguridad y de la relación, la fase dos facilita el procesamiento del material traumático y la fase tres prepara al niño para terminar el tratamiento y lo ayuda a reconectarse a nivel social.



MODIFICACIONES AL PROCEDIMIENTO

Los niños sobrevivientes de trauma interpersonal, con frecuencia, presentan problemas emocionales y conductuales importantes. Por ejemplo, las conductas de estos niños suelen ser respuestas de sobrevivencia que aprendieron para evitar el abuso o para controlarlo. Ziegler (2002) afirmó que algunos niños empujan a los abusadores a consumir el abuso con el fin de librarse de la tensión que le provoca estar siempre en guardia. Conducir la terapia de juego con esta población requiere muchas consideraciones y modificaciones.

Primero, el terapeuta que trabaja con niños en el entrenamiento interpersonal debe tener fundamentos sólidos en la terapia de juego y comprender el trauma interpersonal y sus efectos. Segundo, tiene que ser compasivo y comprensivo. Tercero, debe ser autoconsciente, sobre todo en relación con sus propias experiencias de trauma interpersonal. Los niños que han experimentado este trauma llevan a las sesiones experiencias e historias cargadas en términos emocionales, y esto puede desencadenar algo en el clínico. El terapeuta que ha elaborado sus propias experiencias en consejería y supervisión reduce la probabilidad de sobreidentificarse con el cliente en la contratransferencia. Y, por último, debido a que el abuso, la negligencia y otros crímenes contra los niños pueden despertar emociones intensas en el terapeuta, es necesario buscar supervisión, asesoría e, incluso, consejería de manera regular.

Las características del niño sobreviviente son importantes al determinar el curso del tratamiento. Entre ellas, se encuentra la gravedad y el tipo de las conductas. Una meta central al trabajar con esta población es, de ser posible, reparar las relaciones destruidas con las personas significativas. Dependiendo de la gravedad del daño a estas relaciones, un enfoque que se dirija explícitamente a reparar las relaciones, como el entrenamiento de la relación padre-hijo o Theraplay®¹ (Jernberg y Booth, 1999; Landreth y Bratton, 2006) sería el más indicado. Sin embargo, a veces, las conductas del niño son tan graves que el terapeuta determina que trabajar con el niño y el padre juntos desde el principio es abrumador para uno de ellos o ambos. En tales casos, el terapeuta decide trabajar con el niño en una modalidad individual como la terapia de juego centrada en el niño, la terapia de juego ecosistémica o la terapia de juego integrada focalizada en el trauma. También es importante considerar qué tan adecuado es incluir al niño con historia de abuso sexual en una terapia de juego grupal. Aunque ésta es beneficiosa para estos niños, es necesario estar seguros de que ningún niño tiene conductas sexuales y, así, proteger a todos los miembros del grupo. Otra vez, un periodo inicial de terapia de juego individual es útil para preparar a los niños para el trabajo grupal.

Las cuestiones de logística comprenden la disposición del cuarto de juego, los juguetes y materiales, así como la frecuencia y duración del tratamiento. Aunque las especificaciones varían entre los distintos enfoques, tienen algunas cosas en común. Los niños con trauma interpersonal, a veces, provienen de ambientes caóticos y requieren uno predecible y estable para recobrar la sensación de seguridad. El terapeuta ofrece

estos elementos a través de su manera de ser en la terapia y el modo en que estructuran las sesiones y el cuarto de juego. El terapeuta proporciona un ambiente nutricional y de apoyo mediante la aceptación afectuosa del niño y siendo consistente y predecible en su relación con éste (Landreth, 2012). También ofrece un ambiente predecible agrupando los juguetes de acuerdo con las emociones que suelen provocar (p. ej., agresivas, de control, nutriciales); de este modo, también promueve la capacidad de expresarse del niño. Los juguetes funcionan como palabras en la terapia de juego; cuando los niños no encuentran los juguetes que necesitan para expresarse es como si los adultos tuvieran problemas para encontrar la palabra correcta. Además, ofrecer juguetes con una conexión con el trauma del niño (p. ej., aviones y bloques para crear edificios después del 11 de septiembre) facilita la capacidad de expresarse y elaborar las emociones y experiencias internas. El terapeuta también tiene que considerar la duración y frecuencia de las sesiones; por lo general, una sesión de terapia de juego dura entre 45 y 50 minutos. Por su nivel de desarrollo, los niños pequeños (de 3 a 6 años de edad) pueden mantener la atención en el proceso terapéutico sólo 30 minutos, mientras que los mayores se sienten cómodos en sesiones de 45 a 50 minutos. Por lo general, se trabaja en sesiones semanales; sin embargo, algunos niños requieren una frecuencia mayor o menor; por ejemplo, los que viven violencia doméstica o en un albergue para niños sin hogar necesitan sesiones más frecuentes, porque el tiempo que tienen para estar en tratamiento puede ser corto si tienen que ser reubicados. Por otro lado, la frecuencia de las sesiones de niños que están en la fase final de la terapia se puede reducir a una cada dos semanas o al mes con el fin de prepararlos para la conclusión del tratamiento y seguir brindándoles apoyo.

Las teorías de la terapia de juego tienen distintas perspectivas del modo en que el terapeuta realiza la primera entrevista, evaluación y planeación del tratamiento. Sin importar el enfoque teórico, el terapeuta debe comprender la historia personal y del trauma, así como la relación del niño con sus cuidadores. Con niños sobrevivientes de trauma interpersonal, el terapeuta debe estar consciente del tipo de trauma interpersonal y la naturaleza de la relación entre el niño, los cuidadores y el trauma. Comprender la manera en que el niño experimentó el trauma y los cuidadores, sobre todo si uno de ellos fue el perpetrador, ofrece al terapeuta información importante para entender el juego del niño, planear el tratamiento y promover el cambio y el crecimiento.

TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS ESPECÍFICAS PARA ESTA POBLACIÓN

El trauma interpersonal altera significativamente la capacidad de percibir las experiencias cotidianas con exactitud e inhibe la capacidad de afrontamiento eficaz (Bratton, 2004). El niño sobreviviente de trauma interpersonal requiere experiencias reparadoras para recobrar sus capacidades innatas y su potencial. Hay varias técnicas/estrategias específicas para cubrir las necesidades de estos niños.

Perry y Szalavitz (2006) esbozaron cuatro necesidades de recuperación de los niños sobrevivientes de trauma que son especialmente conmovedoras cuando se consideran las necesidades de las víctimas de trauma relacional. Primero, el terapeuta tiene que reconstruir la capacidad de confiar. El trauma interpersonal implica la ruptura de una relación entre el niño y una figura importante en sus vidas, a menudo debido al abuso, al abandono o a que experimenta el mundo como un lugar inseguro después de eventos como un tiroteo en la escuela o un ataque terrorista. Estos niños con frecuencia creen que los otros los abandonarán, por lo que desconfían de ellos. El terapeuta reconstruye la confianza siendo genuino y aceptando al niño en las sesiones de juego. Segundo, tiene que ayudarlo a recobrar la confianza en sí mismo. El trauma interpersonal pone de cabeza la vida del niño; casi siempre se siente impotente cuando otros le infligen dolor por sus acciones u omisiones. El terapeuta puede ayudar a los niños sobrevivientes a recobrar la confianza en sí mismos alentándolos a esforzarse. Además, promueve las capacidades de toma de decisiones y solución de problemas impulsándolos a que tomen la batuta en las sesiones. Tercero, el terapeuta tiene que promover la sensación de seguridad del niño; cuando es víctima de abuso u otro crimen, el niño ve al mundo como un lugar inseguro, pues no sabe cuándo sufrirá otro ataque del perpetrador. El terapeuta crea la sensación de seguridad brindando un ambiente seguro en el que transmiten un afecto genuino al niño y estableciendo límites cuando es necesario. Por lo general, los niños creen que los adultos les brindarán seguridad en sus vidas; estableciendo límites, el terapeuta les hace saber que los mantendrán seguros en términos físicos y psicológicos. Cuarto, el terapeuta ayuda a los niños a reconectarse con el amor; éste es un elemento curativo, por lo que el terapeuta facilita y promueve el apego de apoyo y reparador entre el cuidador y el niño. La reconexión con el amor es de especial importancia cuando el niño experimenta una pérdida de amor debido al trauma interpersonal; para algunos niños, la pérdida de amor es repetitiva (p. ej., el abuso y la negligencia son constantes).

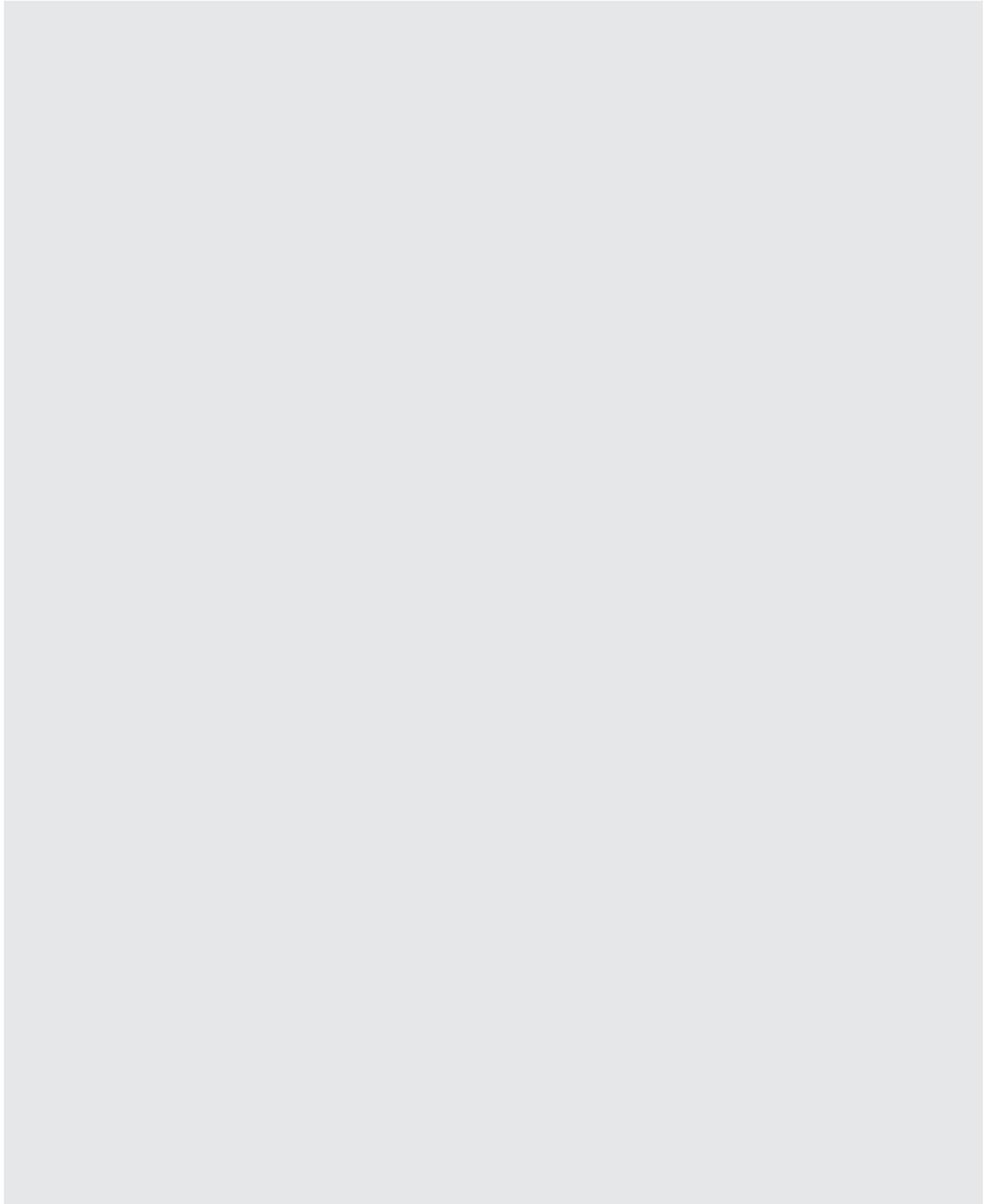
Bratton (2004) presentó una lista similar en relación con la terapia de juego en casos de niños gravemente traumatizados, que se superpone con lo que plantean Perry y Szalavitz (2009) acerca de establecer o restablecer la seguridad física y emocional y de construir o reconstruir la confianza y las relaciones. Bratton agregó tres metas más. Primero, el terapeuta tiene que ayudar al niño a establecer un sentido saludable del sí mismo, pues, con frecuencia, los niños sobrevivientes de abuso y crímenes desarrollan un sentido pobre del sí mismo, y se consideran estropeados, sucios o sin valor. David

Pelzer (1995) presenta este punto de vista interno en el recuento de su propia infancia en el libro *A Child Called "It"* (Un niño llamado "eso"). Para alcanzar esta meta, el terapeuta debe transmitir al niño una aceptación afectuosa, aliento y validación. Segundo, también debe ayudarlo a descargar las emociones y regularlas. Con frecuencia, estos niños tienen dificultades para expresar sus emociones de manera sana y no perjudicial, o aprenden a esconder sus sentimientos por el miedo a sufrir más abusos. El terapeuta facilita la descarga saludable y la regulación de emociones comunicando la aceptación de todas las emociones y estableciendo límites para contribuir al autocontrol del niño y redirigirlo hacia medios aceptables para expresar sus emociones. Tercero, el terapeuta ayuda a los niños sobrevivientes de trauma interpersonal a adquirir o recobrar la sensación de dominio de habilidades, afrontamiento y competencia. Por lo general, estos niños dudan de sí mismos, sobre todo en casos de abuso emocional, que a menudo acompaña otras formas de abuso, negligencia y crimen. El terapeuta contribuye a alcanzar esta meta dando aliento al niño.

Bratton (2004) describió varios aspectos del papel del terapeuta de juego al trabajar con niños víctimas de trauma grave. El terapeuta reconoce la necesidad vital de seguridad del niño dentro y fuera de las sesiones; esto puede requerir un plan de seguridad para las situaciones en que el niño se sienta inseguro. Este plan incluye cómo: alejarse de la situación peligrosa, identificar a las personas que brindan seguridad y llegar a ellas, encontrar lugares seguros y crear un "paquete de seguridad" que contenga números de emergencia y artículos que el niño pueda necesitar para escapar de una situación de peligro. El terapeuta tiene que ser paciente en el proceso de curación, pues es muy largo, sobre todo cuando hay una historia de abuso o negligencia crónicos o extremos. Ziegler (2002) describió el modo en que estas experiencias crean vías neuronales muy arraigadas; por lo tanto, es necesario ofrecer experiencias positivas repetidas para recrear vías neuronales saludables. El terapeuta también actúa como testigo de la historia de los niños, pues con frecuencia guardan su historia para sí mismos por temor a experimentar más dolor o por temor a las amenazas y la manipulación de los abusadores. El terapeuta actúa como testigo de la historia de abuso, negligencia y crimen que ha vivido el niño empleando sus habilidades reflexivas para comunicarle su aceptación y comprensión.

Es importante señalar que el terapeuta tiene una función terapéutica, no de investigación, ni forense. El objetivo principal es el tratamiento del niño y propiciar la curación emocional y psicológica. En terapia, "los hechos" del caso importan menos que la experiencia y percepciones del niño. En cambio, situarse en un papel de investigador requiere que el profesional sea lo más objetivo posible. Tratar (terapeuta) y evaluar (forense) al mismo tiempo crea un conflicto que puede poner en riesgo la terapia (Greenberg y Shuman, 1997; Strasburger, Gutheil y Brodsky, 1997). Esta clase de conflicto, suele ser un tema en casos donde se pelea la custodia de niños que vivieron trauma interpersonal perpetrado por uno de los cuidadores. En estos casos, el padre no ofensor puede presionar al terapeuta para que actúe como evaluador. Por el bien de todos, el terapeuta tiene que comunicarse y mantener límites claros en su función.

Por último, el terapeuta tiene que hacer partícipes a las familias en el proceso terapéutico. El tiempo que pasa con el niño es mínimo en comparación con el que éste pasa con su familia. Desarrollar una relación de apoyo con los cuidadores y brindarles las herramientas para apoyar el trabajo del niño en la terapia aumenta su eficacia.



INVESTIGACIÓN/EVIDENCIA

El terapeuta de juego debe conocer y manejar los enfoques más útiles, de acuerdo con la investigación, en el tratamiento de niños que han experimentado trauma interpersonal. Hay una gran cantidad de investigaciones que apoyan el uso de los enfoques antes descritos. A continuación se presentan algunos estudios sobre la terapia de juego centrada en el niño (TJCN), terapia de juego integrada focalizada en el trauma (TF-IPT) y el entrenamiento de la relación padre-hijo (ERPH) en relación directa con el tratamiento del trauma interpersonal.

Terapia de juego centrada en el niño

Varios estudios documentan el valor de la TJCN con esta población. Kot, Landreth y Giordano (1998) examinaron el uso de la TJCC intensiva con 22 niños testigos de violencia doméstica que se encontraban en un albergue. Los grupos de tratamiento y control estuvieron formados por 11 niños. Los padres del grupo de tratamiento informaron una disminución estadísticamente significativa tanto en los problemas de conducta en general, como en los problemas de conducta externalizada en particular. Los niños presentaron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y en la proximidad física con el terapeuta en las sesiones. Tyndall-Lind y colaboradores (2001) también exploraron el uso de la TJCN intensiva con niños testigos de violencia doméstica que se encontraban en un albergue. El estudio incluyó a 32 niños en dos grupos experimentales ($n = 10$ en TJCN de grupos de hermanos y $n = 11$ en TJCN individual) y un grupo de espera al que no se aplicó ningún tratamiento ($n = 11$). Los dos grupos de tratamiento mostraron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y una disminución en los problemas de conducta, los problemas de conducta externalizada, conductas agresivas y conductas ansiosas y depresivas en comparación con el grupo de control. En otro estudio, Scott, Burlingame, Starling, Porter y Lilly (2003) exploraron el uso de la TJCN con niños sobrevivientes de abuso sexual. Los participantes fueron 19 niñas y 7 niños de entre 3 y 9 años de edad. Después de 12 sesiones, los resultados indicaron que los niños presentaron un aumento estadísticamente significativo en sus sentimientos de competencia social y autoconcepto.

Terapia de juego integrada focalizada en el trauma

Gil (2011a) desarrolló el programa de la TF-IPT como parte de un estudio de los resultados en distintos contextos diseñado para comparar los efectos de la TF-CBT y la TF-IPT en los informes de los niños y los padres sobre la conducta infantil. Krueger

(2013) también comparó la TF-CBT y la TF-IPT examinando las creencias relacionadas con el trauma, la regulación emocional y la participación verbal y sus relaciones con los síntomas en 42 niños con historias complejas de trauma. Krueger informó cambios significativos en los dos grupos de tratamiento: disminución de las creencias negativas relacionadas con el trauma y de la sintomatología, así como aumento en la participación verbal. Además, sólo los niños del grupo TF-IPT mostraron mejoras significativas en las cogniciones relacionadas con el trauma. La TP-IPT recibió una calificación alta por parte del *Child Welfare System Relevance Level* [Nivel de relevancia del sistema de bienestar infantil] (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, 2013), lo cual indica que cubre las necesidades de niños, jóvenes y familias en el ámbito de los servicios de bienestar infantil.

Entrenamiento de la relación padre-hijo

Landreth y Bratton (2006) informaron que, a partir de 2006, se han llevado a cabo 27 estudios sobre los resultados y la eficacia del ERPH, o el modelo de 10 sesiones de terapia filial desarrollado por Landreth que dio lugar posteriormente al ERPH. Cuatro estudios se relacionan de manera directa con el trauma interpersonal: Harris y Landreth (1997), Landreth y Lobaugh (1998), Costas y Landreth (1999) y Smith y Landreth (2003). En los siguientes párrafos se resumen estos estudios.

El encarcelamiento de un padre es una forma de trauma interpersonal, porque fuerza una interrupción de la relación en contra de la voluntad del niño. En un estudio aleatorizado de 22 madres encarceladas, Harris y Landreth (1997) entrenaron a 12 de ellas con sus hijos de entre 3 y 10 años de edad con el modelo ERPH. Harris y Landreth adaptaron el modelo de una sesión semanal a dos, para que el tratamiento se redujera de 10 a 5 semanas para ajustarlo a la relativamente corta estancia de las mujeres en prisión. El grupo de tratamiento recibió 2 sesiones a la semana de 2 horas de entrenamiento en terapia filial durante cinco semanas, y cada quince días ellas realizaban una sesión de juego de 30 minutos con sus hijos durante las visitas permitidas en la cárcel. En comparación con el grupo control, las madres del grupo de tratamiento mostraron un aumento significativo en la interacción empática con sus hijos. Además, la mujeres informaron mejoras estadísticamente significativas en la aceptación parental y disminución de los problemas conductuales de sus hijos. En un estudio aleatorizado de 32 padres encarcelados, Landreth y Lobaugh (1998) entrenaron a 16 padres con sus hijos de 4 a 9 años de edad en terapia filial. Las sesiones se llevaron a cabo en una prisión de mediana seguridad durante las visitas de los niños. Los resultados mostraron que los padres del grupo de tratamiento, en comparación con los del grupo control, informaron un aumento estadísticamente significativo en su aceptación de sus hijos y una disminución en el estrés relacionado con su papel de padres y en los problemas de conducta de sus hijos. Además, mejoró la autoestima de los niños.

Los niños que experimentan abuso sexual a manos de un cuidador pueden culpar al otro por no protegerlos. Costas y Landreth (1999) examinaron el efecto de la terapia filial con 26 padres no ofensores de niños (de 5 a 9 años de edad) que sufrieron abuso sexual. Los investigadores asignaron a los padres a grupos con base en la conveniencia geográfica. El grupo de tratamiento de 14 padres, en comparación con el de control, mostró un aumento estadísticamente significativo en la interacción empática con sus hijos y en su aceptación hacia ellos, y una disminución en los problemas de conducta infantil y ansiedad; aumentó el ajuste emocional, el autoconcepto de los niños, y disminuyó el estrés parental.

Experimentar o presenciar violencia doméstica puede destruir la confianza y seguridad del niño. Smith y Landreth (2003) examinaron la eficacia del ERPH con madres y niños (de 4 a 10 años de edad) en un albergue para víctimas de violencia doméstica. Los investigadores combinaron el entrenamiento y las sesiones de juego en 12 sesiones de una hora y media a lo largo de dos semanas para ajustarse a la estancia de 2 o 3 semanas de la mayor parte de las familias en el albergue. Al comparar los resultados de los grupos de tratamiento y de control, las 11 mujeres experimentaron un aumento estadísticamente significativo en su autoconcepto y en la aceptación e interacción empática con sus hijos. Por su parte, los 11 niños del grupo de tratamiento mostraron una disminución estadísticamente significativa de los problemas generales de conducta, en los problemas de conducta internalizada y externalizada, agresión, ansiedad y depresión, así como aumento en el autoconcepto.

CONCLUSIÓN

Los niños poseen una resiliencia sorprendente, pero por desgracia muchos enfrentan desafíos que incluso los adultos tendrían dificultades para manejarlos y superarlos. Los niños son por naturaleza relacionales, y cuando sus relaciones son destruidas debido al trauma interpersonal ocasionado por abuso, negligencia y otros crímenes, el resultado puede ser devastador. Un terapeuta afectuoso y hábil es el que más puede ayudar a estos niños mediante enfoques responsivos en términos de desarrollo que incorporen el juego, como medio natural de comunicación y curación de los niños, y una relación interpersonal saludable y de apoyo. El terapeuta de juego sí que hace una gran diferencia en la vida de estos niños.

■ REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D.,...Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Ater, M. K. (2001). Play therapy behaviors of sexually abused children. en G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 119–129). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Axline, V. M. (1969). *Play therapy* (Rev. ed.). New York, NY: Ballantine Books. (Original work published 1947)
- Baggerly, J. N., & Landreth, G. L. (2001). Training children to help children: A new dimension in play therapy. *Peer Facilitator Quarterly*, 18(1), 6–14.
- Benedict, H. E. (2006). Object relations play therapy: Applications to attachment problems and relational trauma. En C. E. Schafer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary therapy: Theory, research, & practice* (pp. 3–27). New York, NY: Guilford Press.
- Berk, L. E. (2009). *Child development*. (8th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Besharov, D. J. (1994). Responding to child sexual abuse: The need for a balanced approach. *The Future of Children Sexual Abuse of Children*, 4(2), 135–155.
- Bethel, B. L. (2007). Play therapy techniques for sexually abused children. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with sexually abuse survivors* (pp. 138–148). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Boucher, J. (1999). Editorial: Interventions with children with autism methods based on play. *Child Language Teaching and Therapy*, 15(1), 1–5.
- Bratton, S. C. (2004, October). *The healing process of young traumatized children in play therapy*. Paper presented at the annual conference of the Association for Play Therapy, Denver, CO.
- Bratton, S. C., Ray, D., & Landreth, G. (2008). Play therapy. En M. Hersen & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology: Vol. 2. Children and adolescents* (pp. 577–625). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 367–390.
- Bredenkamp, S. (Ed.). (1987). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age eight*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (2013). *Trauma-focused integrated play therapy (TF-IPT)*. Recuperado de: <http://www.cebc4cw.org/program/trauma-focused-integrated-play-therapy/detailed>
- Caplan, F., & Caplan, T. (1974). *The power of play*. New York, NY: Anchor Books.
- Carlson, B. (1984). Children's observations of interpersonal violence. En A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 147–167). New York, NY: Springer.
- Cattanach, A. (1992). *Play therapy with abused children*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Cavett, A. M., & Drewes, A. A. (2012). Play applications and trauma-specific components. En J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (Eds.), *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications* (pp. 124–148). New York, NY: Guilford Press. The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & The Abandoned Infants Assistance Act of 2010, 42 U.S.C. §5101, as amended by P. L. 111-320: the CAPTA Reauthorization Act of 2010.
- Children's Bureau. (2013). *Child maltreatment 2012*. Recuperado de: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
- Children's Bureau. (2014). *Child abuse statistics*. Recuperado de: <http://www.statisticbrain.com/child-abuse-statistics>
- Costas, M., & Landreth, G. L. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8(1), 43–66.

- Damon, L., Todd, J., & MacFarlane, K. (1987). Treatment issues with sexually abused young children. *Child Welfare, 66*(2), 125–137.
- D’Andrea, W. Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187–200.
- Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dayton, T. (2000). *Trauma and addiction: Ending the cycle of pain through emotional literacy*. Deerfield Beach, FL: Health Communication.
- D’Heurle, A. (1979). Play and the development of the person. *Elementary School Journal, 79*(4), 224–234.
- Douglas, E. M., & Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Edelson, J. L. (1999). Children’s witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 839–870.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Everstine, D. S., & Everstine, L. (1993). *The trauma response: Treatment for emotional injury*. New York, NY: Norton.
- Findling, J. H., Bratton, C. B., & Henson, R. K. (2006). Development of the trauma play scale: An observation-based assessment of the impact of trauma on play therapy behaviors of young children. *International Journal of Play Therapy, 15*(1), 7–36.
- Finkelhor, D. (1986). *A sourcebook on child’s sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7–26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. K. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5–25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, M. (2009). Pathways to poly-victimization. *Child Maltreatment, 14*(4), 316–329.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: An update. *Pediatrics, 167*(7), 614–621.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2010). Children’s self-initiated gradual exposure: The wonders of posttraumatic play and behavioral reenactments. En E. Gil (Ed.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play* (pp. 44–63). New York, NY: Guilford Press.
- Gil, E. (2011a). *Trauma-focused integrated therapy (TF-IPT): A 12-session play-based treatment and research protocol*. Fairfax, VA: Gil Center for Healing and Play.
- Gil, E. (2011b). Trauma-focused integrated play therapy model (TF-IPT). En P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 251–278). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ginott, H. (1959). Theory and practice of therapeutic intervention in child treatment. *Journal of Consulting Psychology, 23*, 160–166.
- Ginsburg, K. R., Committee on Communications, & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2007). The importance of play on promoting healthy child development and maintaining strong-parent-child bonds. *Pediatrics, 119*(1), 182–191.
- Glazer, H. R. (1999). Children and play in the Holocaust: Friedl Dicker-Brandeis—Heroic child therapist. *Journal of Humanistic Counseling, Education, & Development, 37*(4), 194–199.
- Greensberg, S. A., & Shuman, D.W. (1997). Irreconcilable conflict between therapeutic and forensic roles. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 50–57.
- Guerney, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology, 28*, 304–310.
- Guerney, L. F. (1983). Client-centered (nondirective) play therapy. In C. Schaefer & K. O’Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY: Wiley.

- Hall, P. E. (1997). Play therapy with sexually abused children. En H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure* (pp. 171–194). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Hall-Marley, S. E., & Damon, L. (1993). Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 3*(1), 41–48.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. L. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy, 6*(2), 53–73.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Lexington, MA: Lexington Books.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York, NY: Free Press.
- Jernberg, A., & Booth, P. B. (1999). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kaffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry, 66*(7), 624–626.
- Kaufman, B., & Wohl, A. (1992). *Casualties of childhood: A developmental perspective on sexual abuse using projective drawings*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Kisiel, C. L., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence, 29*(1), 1–14.
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M.,...Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology Research and Practice, 39*(4), 396–404.
- Kot, S., Landreth, G. L., & Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy, 7*(2), 17–36.
- Krueger, S. J. (2013). Cognitive behavioral and integrative treatment of abused children: Examining cognitive and emotional processes and developmental considerations (Unpublished dissertation). Catholic University of America, Washington, DC.
- Landreth, G. L. (2001). Facilitative dimensions of play in the play therapy process. En G. L. Landreth (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 3–22). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge.
- Landreth, G. L., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development, 76*, 157–165.
- Landreth, G. L., & Sweeney, D. S. (1997). Child-centered play therapy. En K. J. O'Connor & L. M. Braverman (Eds.), *Play therapy theory and practice: A comparative presentation* (pp. 17–45). New York, NY: Wiley.
- Ledesma, M. (2011, November 11). Child sex abuse often unreported. *Times Record News*. Recuperado de: <http://www.timesrecordnews.com/news/2011/nov/11/child-sex-abuse-often-unreported>
- Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress, 7*(4), 525–548.
- Lloyd, S. A. (1990). Asking the right questions about the future of marital violence research. En D. J. Besharov (Ed.), *Family violence: Research and public issues* (pp. 93–107). Washington, DC: AEI Press.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D.W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, & Law, 11*(1), 194–226.
- Mader, C. (2000). Child-centered play therapy with disruptive school students. En H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 53–68). New York, NY: Guilford Press.
- Mann, E., & McDermott, J. F. (1983). Play therapy for victims of child abuse and neglect. En C. E. Schafer & K. J. O'Conner (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 283–307). New York, NY: Wiley.
- Martin, H., & Beezley, P. (1977). Behavioral observations of abused children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 19*, 373–387.

- McMahon, L. (1992). *The handbook of play therapy*. London, England: Tavistock/Routledge.
- Middle, C., & Kennerley, H. (2001). A grounded theory analysis of the therapeutic relationship with clients sexually abused as children and non-abused children. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8(3), 198–205.
- Montessori, M. (1964). *The Montessori Method*. New York, NY: Schoken Books.
- Myers, C. E. (2007). Healing through play: An overview of play therapy with sexually abused children. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors* (pp. 121–137). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Myers, C. E. (2008). The royal road: Using play to heal children who have experienced domestic violence. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with the survivors of domestic violence* (pp. 81–93). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Myers, C. E. (2011). Lessons learned: Crisis counseling in Haiti. *Journal of Counseling in Illinois*, 1(1), 4–10.
- Myers, C. E., Bratton, S. C., Findling, J. H., & Hagen, C. (2011). Development of the trauma play Scale: Comparison of children manifesting a history of interpersonal trauma with a normative sample. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 66–78.
- Namka, L. (1995). Shame busting: Incorporating group social skills training, shame release and play therapy with a child who was sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 81–98.
- National Institute of Justice (NIJ). (2003). *Youth victimization: Prevalence and implications* (NCJ 194972). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- O'Connor, K. J. (2007). "It hurts too much." Using play to lessen the trauma of sexual abuse early in therapy. En S. L. Brooke (Ed.), *The use of creative arts with sexually abuse survivors* (pp. 149–169). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- O'Connor, K. J. (1991). *The play therapy primer: An integration of theories and techniques*. New York, NY: Wiley.
- Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22, 271–295.
- Pelzer, D. (1995). *A child called "it": One child's courage to survive*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook: What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. New York, NY: Basic Books.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York, NY: International Universities Press.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York, NY: Basic Books.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827–832.
- Ruma, C. D. (1993). Cognitive-behavioral play therapy with sexually abused children. En S. M. Knell (Ed.), *Cognitive-behavioral play therapy* (pp 197–230). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & John Paul Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7–30.
- Shaw, J. A. (2010). A review of current research on the incidence and prevalence of interpersonal childhood trauma. En E. Gil (Ed.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play* (p. 12–25). New York, NY: Guilford.
- Smith, N., & Landreth, G. L. (2003). Intensive filial therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 67–88.
- Strasburger, L. H., Gutheil, T. G., & Brodsky, A. (1997). On wearing two hats: Role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 448–456. Recuperado de: <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3675/448.pdf>
- Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden games:" post-traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(4), 741–760.

- Terr, L. C. (1983). Play therapy and psychic trauma: A preliminary report. In C. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 308–319). New York, NY:Wiley.
- Terr, L. C. (2003). "Wild child": How three principles of healing organized 12 years of psychotherapy. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1401–1409.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormond, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330.
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with children witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53–83.
- United Nations. (1990). *Adoption of a convention on the rights of the child* (U.N. Doc. A/Res/44/25). New York: Author. Recuperado de: <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(3), 401–408.
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- White, J., & Allers, C. T. (1994). Play behaviors of abused children. *Journal of Counseling & Development*, 72, 390–394.
- Ziegler, D. (2002). *Traumatic experience and the brain: A handbook for understanding and treating those traumatized as children*. Jasper, OR: SCAR/Jaspir Mountain.